

Evidenz in der außerklinischen Intensivpflege:

Aktuelles aus der AKI-Begutachtung des Medizinischen Dienstes Nord

Dr. Andreas Krokotsch

Leitender Arzt, Medizinischer Dienst Nord

München, 24.10.2025



Erklärung zu finanziellen und nicht-finanziellen Interessen

Hiermit erkläre ich, dass hinsichtlich dieser Veranstaltung keine Interessenskonflikte vorliegen.

München, 24.10.2025

Dr. Andreas Krokotsch

Qualifikation der Gutachterinnen und Gutachter

Schwerpunkt AKI-Begutachtung

- **13 FachärztInnen Anästhesiologie oder Innere Medizin**
 - jeweils mit Zusatzweiterbildung Intensivmedizin und/oder Notfallmedizin
 - bei speziellen Fallkonstellationen ergänzend: FachärztInnen Pädiatrie oder Neurologie
- **14 Pflegefachkräfte, jeweils mit Zusatzweiterbildung**
 - Atmungstherapeutin/Atmungstherapeut oder
 - Fachweiterbildung Anästhesie und Intensivmedizin oder
 - Fachweiterbildung pädiatrische Intensivmedizin oder
 - ausgewiesene Expertise in der AKI
- **3 weitere ÄrztInnen und Pflegefachkräfte als Verstärkung**
bei Auftragsspitzen/Urlaubszeiten

Begutachtungsverfahren

AKI-Begutachtung

→ schriftliches Verfahren (Frist 7 Tage)

- überwiegend Überleitungsfälle aus Krankenhäusern
- ggf. unterjährige/spezifische Fragestellungen der Krankenkassen
- rein ärztliche Begutachtung
- ca. 300 pro Jahr

→ persönliche Vor-Ort-Begutachtung (Frist 21 Tage)

- Haushalt, Beatmungs-WG, stat. Pflegeeinrichtung, Schule, Kindergarten, Werkstätten

1. Persönliche Vor-Ort-Begutachtung

- 4-Augen-Prinzip, Ärztin/Arzt & qual. Pflegefachkraft: z. B. Erstbegutachtungen, Kinder
- 2 Augen-Prinzip: qual. Pflegefachkraft: Folgebegutachtungen bei progredienten Erkrankungen

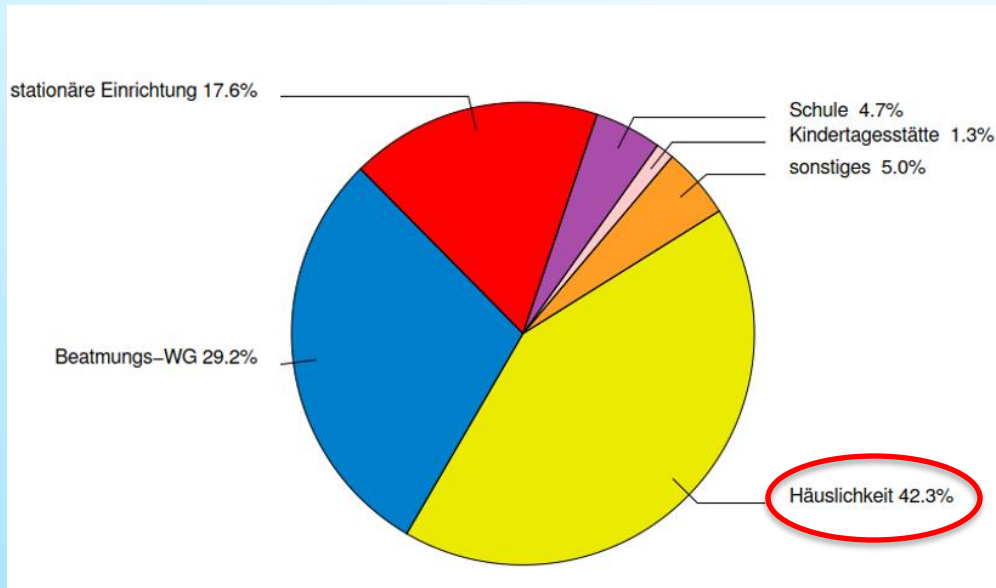
2. Gutachtenabschluss

- immer unter ärztlicher Verantwortung, ggf. nach Besprechung ÄrztIn & Pflegefachkraft
- ca. 850 pro Jahr

Wo findet die außerklinische Intensivpflege statt?

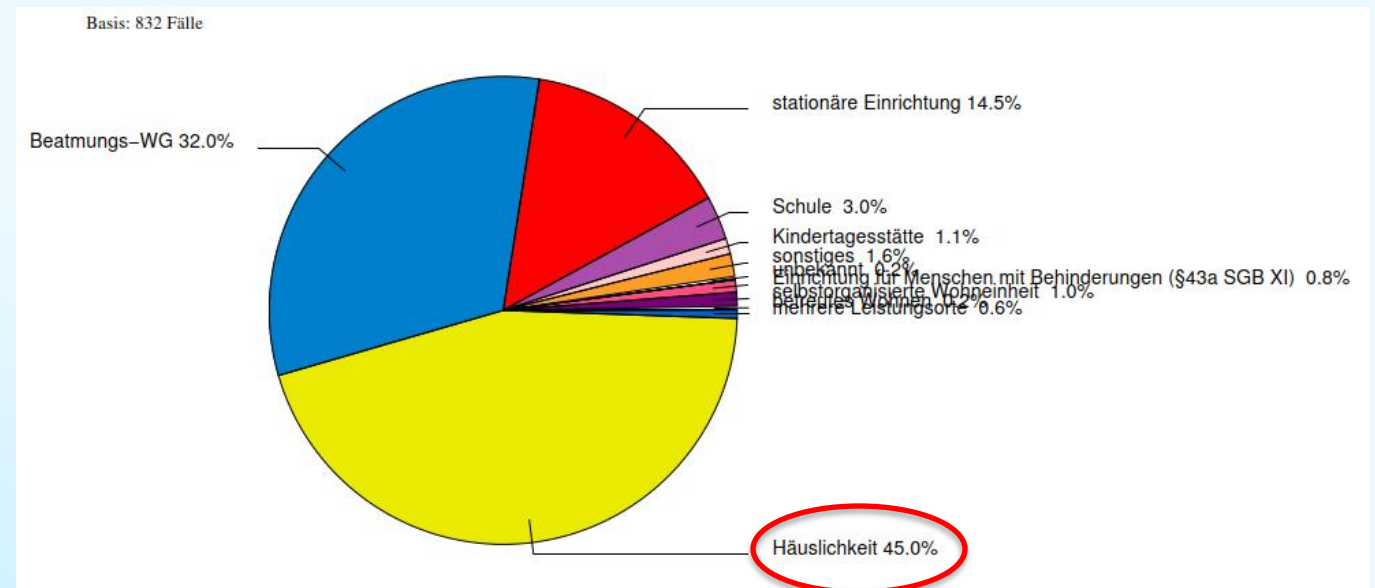
2024*

706 Fälle



2025*

832 Fälle



- Zunahme der AKI-Begutachtungen (auch der PatientInnen?) in HH und S-H.
- Anteilig werden etwas mehr Versicherte in der Häuslichkeit versorgt.

*2024 = 01.10.2023 – 30.09.2024

*2025 = 01.10.2024 – 30.09.2025

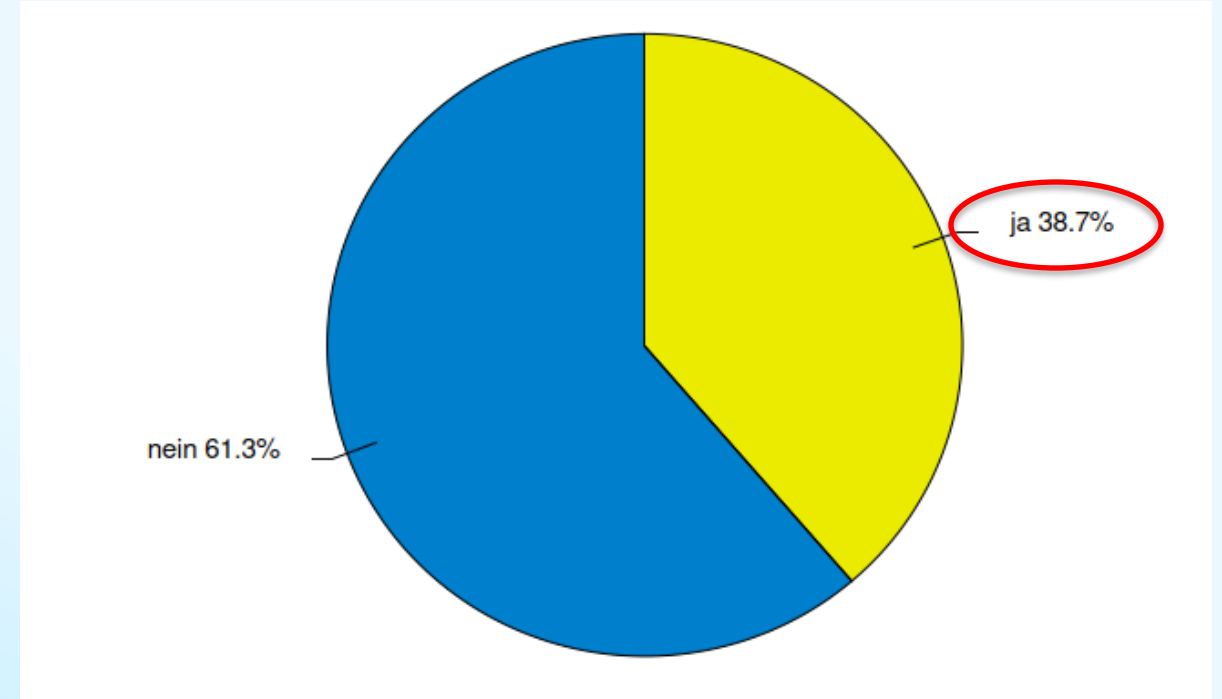
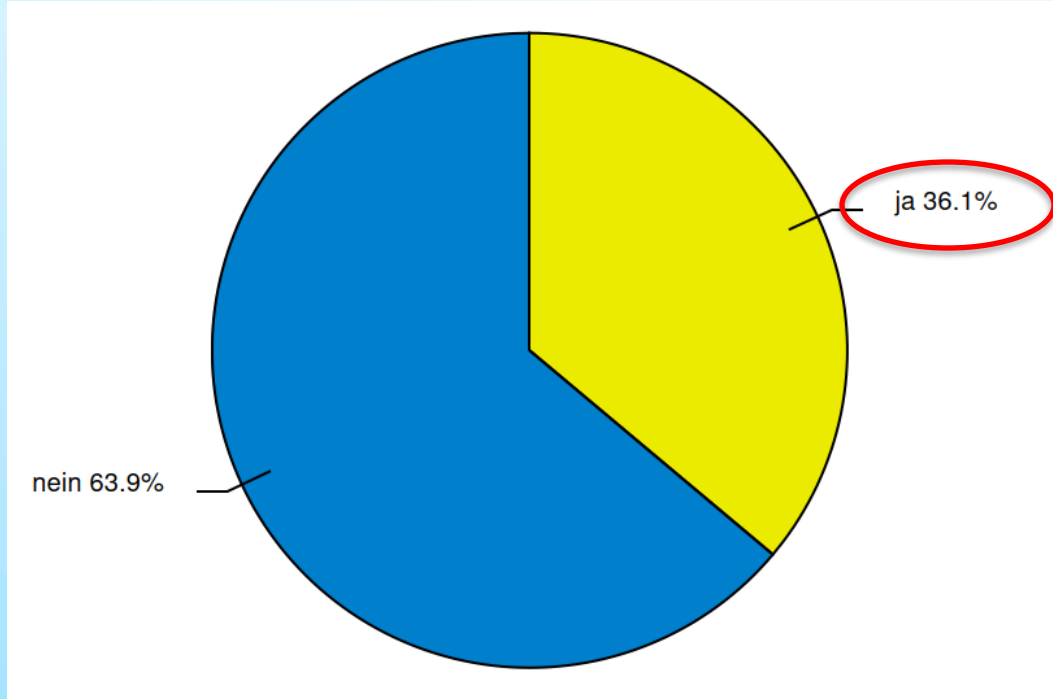
Wie viele AKI-PatientInnen sind beatmet?

2024*

36 % von 706 Fällen

2025*

39 % von 832 Fällen



■ = beatmet ■ = nicht beatmet

Zunahme der außerklinischen Beatmungsfälle

*2024 = 01.10.2023 – 30.09.2024

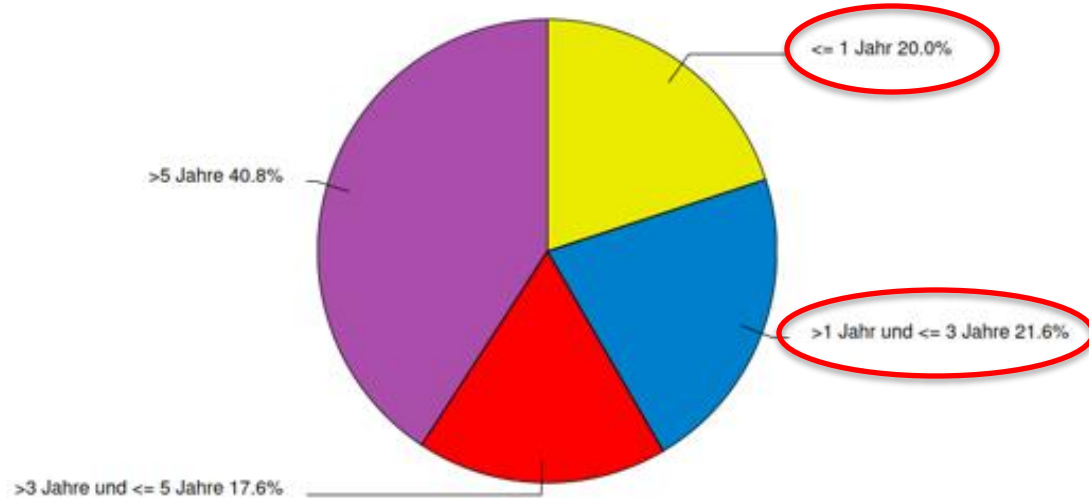
*2025 = 01.10.2024 – 30.09.2025

Welcher Anteil beatmeter AKI-Patienten wächst?

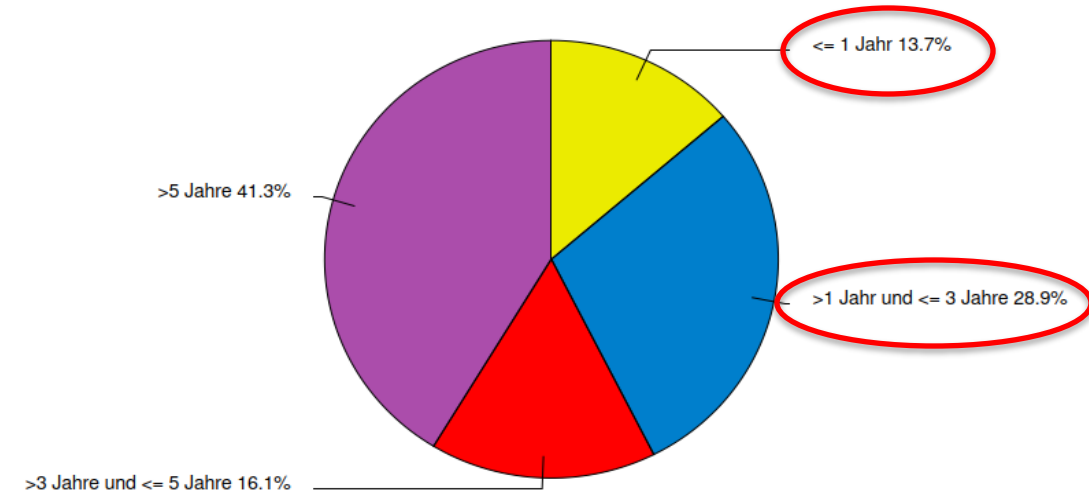
2024*

2025*

Basis: 255 Fälle



Basis: 322 Fälle



- Die Anzahl neu beatmeter PatientInnen (< 1 Jahr) nimmt ab.
- Die Anzahl länger beatmeter PatientInnen (< 1 Jahr) nimmt zu.
- > konsequenteres Weaning der Kliniken?
- > gute Versorgung in der außerklinischen Intensivpflege?

*2024 = 01.10.2023 – 30.09.2024

*2025 = 01.10.2024 – 30.09.2025

Entwicklung Weaningpotenzial bei beatmeten PatientInnen? 2024*

2025*

Abbildung 42: Weaningpotential? (Tortendiagramm)

Basis: 255 Fälle

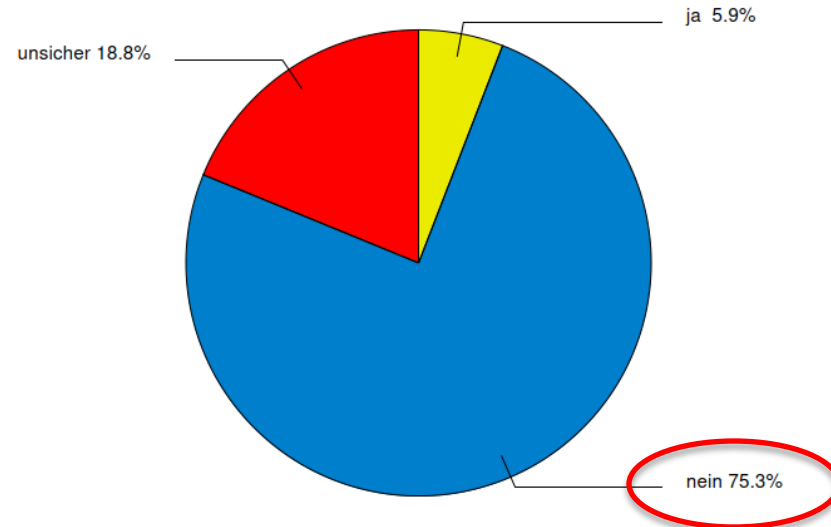
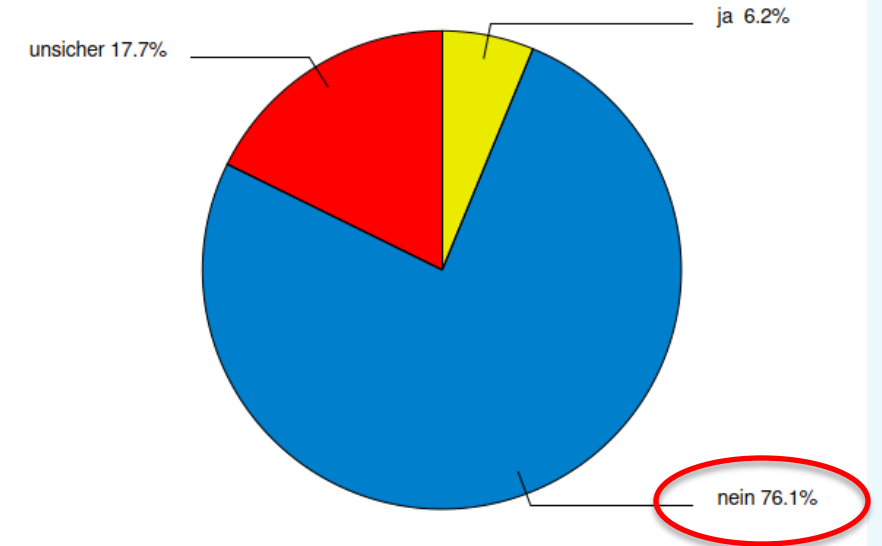


Abbildung 42: Weaningpotential? (Tortendiagramm)

Basis: 322 Fälle

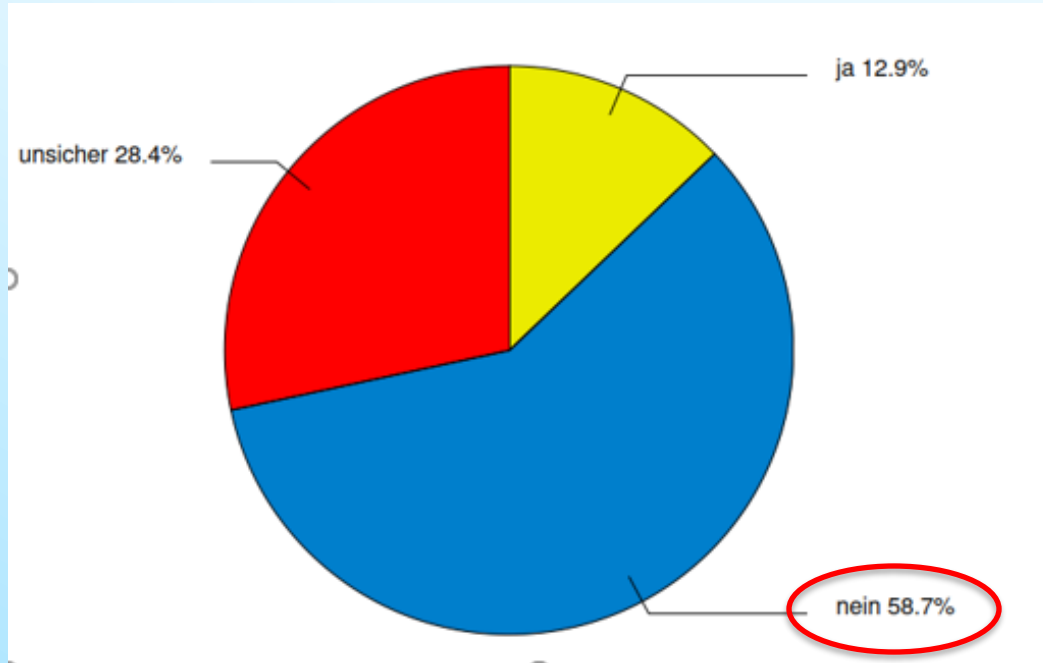


- Das Weaningpotenzial bleibt trotz zunehmend außerklinisch Langzeitbeatmeter unverändert.
-> Ebenfalls eine Folge guter außerklinischer therapeutischer Versorgung?

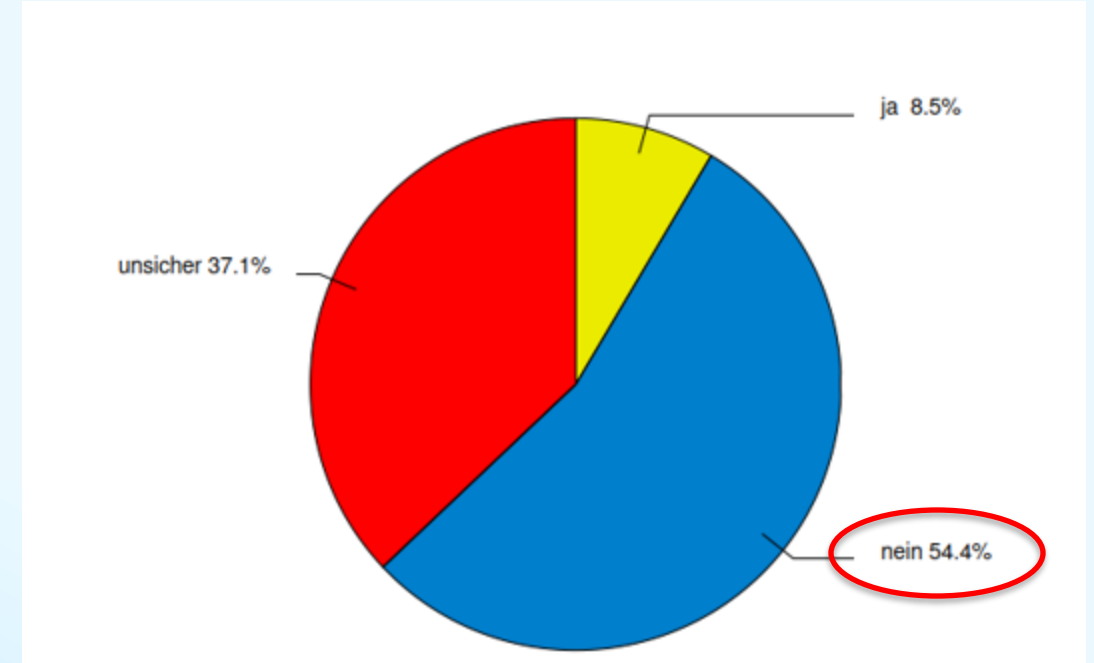
*2024 = 01.10.2023 – 30.09.2024

*2025 = 01.10.2024 – 30.09.2025

Trend Dekanülierungspotenzial bei nicht Beatmeten? 2024*



2025*



- Die Anzahl der PatientInnen mit Dekanülierungspotenzial steigt leicht.
- Steigt die ambulante Behandlungsqualität oder werden mehr spontan atmende PatientInnen mit einer Trachealkanüle aus der Klinik entlassen?

*2024 = 01.10.2023 – 30.09.2024

*2025 = 01.10.2024 – 30.09.2025

AKI-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 01.07.2025

§ 2 Abs.1

Die außerklinische Intensivpflege dient dem Ziel, [...] die **Patientensicherheit** [...] zu erhalten, zu fördern und zu verbessern.

§ 4 Abs. 1

Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege bei Versicherten zulässig, bei denen wegen Art, Schwere und Dauer der Erkrankung ... die **ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft** zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft oder ein vergleichbar intensiver Einsatz einer Pflegefachkraft notwendig ist, weil eine **sofortige ärztliche oder pflegerische Intervention** bei **lebensbedrohlichen Situationen** mit **hoher Wahrscheinlichkeit täglich unvorhersehbar** erforderlich ist, wobei die genauen Zeitpunkte und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können.

Patient 1

Amyotrophe Lateralsklerose

- 70 Jahre, Erstdiagnose der Grunderkrankung 2011
- Tracheostoma und Beatmung seit 15 Jahren
- 24/7 invasiv beatmet
- Pflegegrad 5
- bis zu 30 endotracheale Absaugungen pro Tag, zu unregelmäßigen Zeiten
- selbstständiges endotracheales Absaugen nicht möglich
- 4x täglich NaCl-Inhalationen zu Sekretolyse
- Hustenassistent (Cough Assist) mehrmals täglich
- Schluckstörung, Ernährung über eine PEG

Ihre Einschätzung?

Patientin 2

Patellaluxation („Kniescheibenverrenkung“)

Q99.9: Chromosomenanomalie, nicht näher bezeichnet

F82.0: Umschriebene Entwicklungsstörung der Grobmotorik

- November 2023 ausgerutscht -> Patellaluxation, operiert, seitdem Teilbelastung des operierten Beins: Rollstuhl, Pflegebett, neu: 2x tägl. Thromboseprophylaxe
- AKI-Verordnung für 10 h/Tag für einen Monat:
“Um den Operationserfolg nicht zu gefährden, halte ich eine außerklinische Intensivpflege bis zur Möglichkeit der Vollbelastung des linken Beines für unabdingbar und bitte diese bis mindestens 6 Wochen postoperativ (und danach nach Maßgabe der behandelnden Orthopäden) zu bewilligen.“
- Begutachtung:
 - Ventilation sicher, keine Beatmung, kein Tracheostoma, keine Schluckstörung
 - kein Pflegedienst, aufgrund des genet. Syndromes ist die erwachsene Patientin kognitiv auf dem Stand eines Kleinkindes im Alter zwischen ca. drei und vier Jahren.

Ihre Einschätzung?

Patient 3

inkomplette Querschnittslähmung Höhe C5

- 36 Jahre, Fraktur des 5. Halswirbels nach Badeunfall 2007, inkompletter Querschnitt
- AKI 24h tägl., lebt in betrieberorganisierten Wohngemeinschaft, kognitiv nicht eingeschränkt
- invasive Beatmung über Trachealkanüle: 2 Stunden tagsüber + 5 Stunden nachts
- Dekanülierung war frustan bei rezidivierenden Pneumonien
- Ernährung über PEG und teilweise oral, trotz einer Schluckstörung
- mehrmals täglich Sekretolyse mit NaCl-Inhalationen, Cough-Assist
- endotracheale Absaugvorgänge: 6-8x zu unregelmäßigen Zeiten

Der Versicherte verlässt die Wohneinheit regelmäßig, um vor der Haustür zu rauchen und um einkaufen zu fahren. Hierbei wird er laut eigener Aussage nicht von einer Pflegekraft begleitet, ein Absauggerät und Sauerstoff werden dabei nicht mitgeführt. Im Rahmen des Rauchens habe sich der Versicherte lt. betreuender Pflegekraft bereits mehrfach verbrannt, er sei zudem einmalig mit dem E-Rollstuhl umgefallen.

Ihre Einschätzung?

Patient 4 (Überleitungsfall)

Diagnose?

Maßnahmen zur Prüfung des Potenzials oder der Therapieoptimierung
(z.B. Spontanatmungstest durchgeführt, NIV-Versuch, FEES, Entblockungsversuche)

SBT > 30min, Hustenstoß effektiv. Mobilität-, Kraft+, Koordination+

pH 7.39; pCO₂ 37.9,0; pO₂ 93 mmHg; BE +3; AF 15/min; RASS 0

Befunde der ärztlichen Schluckdiagnostik

besteht Aspirationsgefahr bei teileffektivem Schluckakt und erhöhter Absaugfrequenz

Ergebnis der Erhebung

Potenzial liegt vor

☐

zur Beatmungsentwöhnung

☐

zur Dekanülierung

Empfehlung zur Beatmungsentwöhnung bzw. Dekanülierung in folgenden spezialisierten Einrichtungen

geplanter Termin

Potenzial kann perspektivisch vorliegen

☒

zur Beatmungsentwöhnung

☒

zur Dekanülierung

erforderliche vorbereitende Maßnahmen (bepw. Lagerungstherapie, Mobilisation, Physiotherapie, Logopädie, Atmungstherapie)

gute Fortschritte bisher zu beobachten bei Physiotherapie, Logopädie

Potenzial liegt nicht vor

☐

zur Beatmungsentwöhnung

☐

zur Dekanülierung

Begründung

Formular 62A (Potenzialerhebung):

*„Spontanatmung > 30 min, Hustenstoß effektiv
Mobilität -, Kraft +, Koordination +
Aspirationsgefahr bei teileffektivem Schluckakt und
erhöhter Absaugfrequenz*

*Potenzial kann perspektivisch vorliegen:
zum Weaning & zur Dekanülierung*

*gute Fortschritte bisher zu beobachten bei
Physiotherapie, Logopädie“*

Patient 4 (Überleitungsfall) Diagnose?

☐ Erstverordnung ☐ Folgeverordnung ☐ Vorabinformation aus dem Krankenhaus vor Entlassung gemäß § 10 Abs. 4 Satz 1 AKI-Richtlinie (fakultativ / bis 05) ☐ Unfall

I. Klinischer Status

☐ Beatmung, seit _____

Beatmungsform	Beatmungsdauer	Spontanatmungszeit
<input type="checkbox"/> invasiv	Stunden pro Tag	Stunden pro Tag
<input type="checkbox"/> nicht invasiv, Maskentyp _____	Stunden pro Nacht	Stunden pro Nacht

☒ Tracheostoma, seit 02.05.25

Trachealkanüle	Entblockungszeiten
<input checked="" type="checkbox"/> geblockt <input type="checkbox"/> ungeblockt <input type="checkbox"/> Sprechventil	

☒ Endotracheale Absaugpflicht durchschnittliche tgl. Absaugfrequenz _____ ☐ zu regelmäßigen Zeiten ☒ zu unregelmäßigen Zeiten

☐ Sonstige vitale Funktionseinschränkungen, Art und Häufigkeit _____

Bewusstseinsstörung, Art

Mitwirkung bei AKI	Kommunikation Verständigung	Orientierung vorhanden, zu	Mobilität vorhanden	Orale Ernährung
<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> Ort	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt bis an die Bettkante in den Rollstuhl	<input checked="" type="checkbox"/> nein
<input checked="" type="checkbox"/> eingeschränkt	<input checked="" type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> Zeit	<input checked="" type="checkbox"/> stehfähig, gehfähig	<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> Person	<input type="checkbox"/> immobilität	<input type="checkbox"/> teilweise
		<input type="checkbox"/> Situation nicht vorhanden		

II. Erforderlicher Leistungsumfang der AKI 24 Stunden je Tag

III. Weitere Hinweise

☐ Innerhalb von mindestens zwei Jahren wurde zweimal in Folge im Rahmen einer unmittelbar persönlichen Erhebung festgestellt, dass keine Aussicht auf nachhaltige Besserung der zu Grunde liegenden Funktionsstörung besteht und eine Entwöhnung oder Dekanülierung dauerhaft nicht möglich ist. Eine regelmäßige Erhebung des Beatmungsentwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzials ist nicht mehr angezeigt.

Erhebungen nach Muster 82A zum Zwecke der Therapieoptimierung und zur Verbesserung der Lebensqualität

☐ sind weiterhin angezeigt ☐ sind nicht mehr angezeigt ☐ werden durch den Patienten nicht mehr gewünscht


Weitere Erläuterungen

AKI/Absaugung während der Nacht bei Aspirationsgefahr

Konsilpartner bei nicht beatmungspflichtigen oder nicht trachealkanülierten Versicherten, wenn die Verordnung durch eine nicht auf die Erkrankung spezialisierte Fachärztin oder Facharzt erfolgt

Ernährung weiter mit PEG Sonde, Physio & Schlucktraining fortgesetzt

Sonstige Hinweise (z.B. zu Kommunikation, Mitwirkung, Mobilität, Ernährung)



Formular 62B (AKI-Verordnung)

Keine Angaben zur Beatmung, zur Orientierung, zum neurologischer Status
... aber 24 h AKI verordnet

Warum geblockte Trachealkanüle bei gutem Hustenstoß?

Warum soll der Versicherte nun aus dem Krankenhaus in die AKI-Versorgung entlassen werden?

MD Nord: Tel. Rückfrage beim behandelnden KH-Arzt:
Warum eine Entlassung bei guten Fortschritten?

Ihre Einschätzung?

Patient 5

Z.n. Rachen-Karzinom, Dünndarmverschluss und Reanimation

Formular 62B (AKI-Verordnung)

65 Jahre

Beatmung & Trachealkanüle (TK) seit 11/2024

TK geblockt + ungeblockt, Sprechventil 15 min
5-10x unregelmäßige Absaugpflicht

Schwäche der aufrechten Körperhaltung
steh- und gehfähig, voll orientiert
keine orale Ernährung
eingeschränkte Mitwirkung bei AKI

AKI 24 Stunden je Tag verordnet.

I. Klinischer Status				
<input checked="" type="checkbox"/> Beatmung, seit 26.11.24				
Beatmungsform		Beatmungsdauer	Spontanatmungszeit	
<input type="checkbox"/> invasiv		<input type="checkbox"/> Stunden pro Tag	<input type="checkbox"/> Stunden pro Tag	
<input type="checkbox"/> nicht invasiv, Maskentyp		<input type="checkbox"/> Stunden pro Nacht	<input type="checkbox"/> Stunden pro Nacht	
<input checked="" type="checkbox"/> Tracheostoma, seit 26.11.24				
Trachealkanüle		Entblockungszeiten		
<input checked="" type="checkbox"/> geblockt	<input checked="" type="checkbox"/> ungeblockt	<input checked="" type="checkbox"/> Sprechventil Sprechventil 15min		
<input checked="" type="checkbox"/> Endotracheale Absaugpflicht		durchschnittliche tgl. Absaugfrequenz 5x10	<input type="checkbox"/> zu regelmäßigen Zeiten	<input checked="" type="checkbox"/> zu unregelmäßigen Zeiten
<input checked="" type="checkbox"/> Sonstige vitale Funktionseinschränkungen, Art und Häufigkeit Schwäche, posturale Instabilität				
Bewusstseinsstörung, Art				
Mitwirkung bei AKI	Kommunikation Verständigung	Orientierung vorhanden, zu	Mobilität vorhanden	Orale Ernährung
<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input checked="" type="checkbox"/> Ort	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input checked="" type="checkbox"/> nein
<input checked="" type="checkbox"/> eingeschränkt	<input checked="" type="checkbox"/> eingeschränkt	<input checked="" type="checkbox"/> Zeit	<input type="checkbox"/> bis an die Bettkante in den Rollstuhl	<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> nicht möglich	<input checked="" type="checkbox"/> Person	<input checked="" type="checkbox"/> stehfähig, gehfähig	<input type="checkbox"/> teilweise
		<input type="checkbox"/> Situation	<input type="checkbox"/> immobil	
		<input type="checkbox"/> nicht vorhanden		
			Nackengriff	
			Schürzengriff	
			Faustschluss	
			Pinzettengriff	
II. Erforderlicher Leistungsumfang der AKI 24 Stunden je Tag				

Patient 5

Z.n. Rachen-Karzinom, Dünndarmverschluss und Reanimation

Bei der persönlichen Begutachtung vor Ort:

- keine Beatmung, Trachealkanüle (TK) immer ungeblockt, Patient spricht bei zugehaltener TK
- Pflegedokumentation: „*Pat. hat das Haus um ca. 14:30 Uhr verlassen, ist um 21:09 Uhr wieder in der (betreiberorganisierten) Einrichtung*“
- Patient geht mit dem Rollator vor das Haus, um seine selbstgedrehten Zigaretten zu rauchen.
- Er geht alleine mit seinem Rollator einkaufen, fährt 2x pro Woche mit seinem Auto zu seiner Wohnung (20-30 min Fahrtzeit mit dem Auto, Wohnung in der 2. Etage ohne Fahrstuhl)
- Patient lehnt Sondenkost ab, ernährt sich von selbst gekauftem Essen, kocht selbst zu Hause, lehnt endotracheale Absaugungen ab, kann die Innenseite seiner TK selbst reinigen.
- Ein sehr guter Hustenstoß ist vorhanden.
- Der Patient äußert bei der Begutachtung den Wunsch, wieder in seiner eigenen Wohnung wohnen zu dürfen.

Ihre Einschätzung?

- Mit der Möglichkeit zur außerklinischen Intensivpflege, sogar in den eigenen 4 Wänden, hat der Gesetzgeber eine außergewöhnlich wertvolle Kassenleistung eingeführt.
- Vor der Entlassung aus dem Krankenhaus muss unbedingt sichergestellt sein, dass alle realistischen Möglichkeiten eines Weanings/einer Dekanülierung ausgeschöpft worden sind, da im außerklinischen Setting keine vergleichbare Therapiedichte möglich ist und mit der Zeit ein Therapieerfolg unrealistisch wird.
- Die Richtlinie des G-BA sowie MD-Begutachtungen sorgen dafür, dass PatientInnen, denen die Leistung zusteht, diese auch bekommen können und außerklinische Intensivpflege auch zukünftig durch die Solidargemeinschaft finanzierbar bleibt.
- Wiederholungsbegutachtungen: MD-Begutachtungen führen zu einer Verbesserung der Versorgung!

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!
Ihre Fragen?

